

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

**Al Dipartimento di PIPSS
dell'Agenzia di Tutela della Salute della Val Padana**

**Sc Integrazione delle Reti territoriali
a sostegno dei Programmi Nazionali**

Protocollo@pec.ats-valpadana.it

OGGETTO: Manifestazione di interesse rivolta a professionisti per l'individuazione di formatori qualificati sul gioco d'azzardo patologico per l'attivazione dei corsi di aggiornamento obbligatori rivolti ai gestori delle sale da gioco e dei locali ove sono installate apparecchiature per il gioco d'azzardo lecito.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il
_____ residente a _____ in _____ via
_____ prov. _____

chiede

di essere inserito/a nell'elenco dei formatori qualificati sul gioco d'azzardo patologico di ATS della Val Padana messo a punto per le finalità in oggetto.

A TAL FINE DICHIARA

☐ di aver conseguito

* Laurea in _____ in data _____

☐ di aver conseguito i seguenti titoli di studio post laurea:

Titolo	Data di conseguimento	Voto

☐ di aver prestato la propria attività professionale nell'ambito della presa in carico e della prevenzione del gioco d'azzardo patologico nell'arco del quinquennio 2019-2023 – nella

cornice delle progettazioni realizzate in attuazione ai Bandi di Regione Lombardia in tema, nonché nella cornice dei Piani locali di prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico in attuazione delle D.G.R. 585/2018 e 80/2023 – presso ATS, ASST, Enti del Terzo Settore, Enti accreditati per i Servizi nell'area delle dipendenze, iscritti all'Albo regionale/provinciale operanti sul territorio di ATS della Val Padana;

Periodo di riferimento	Ruolo	Ente

☐ di essere stato/a docente sul gioco d'azzardo patologico, nell'ambito dei Corsi oggetto dell'Avviso nel corso degli ultimi due anni solari del quinquennio 2019-2023, come specificato di seguito:

Data	Tematica affrontata	Ente

☐ di essere iscritto/a all'Ordine:

- ☐ dei Medici di _____ in data _____
- ☐ degli Psicologi di _____ in data _____
- ☐ degli Assistenti sociali di _____ in data _____
- ☐ degli Educatori professionali di _____ in data _____

☐ di essere dipendente del SSN (SI NO)

☐ se dipendente SSN di operare in regime di esclusività (SI NO) presso l'Azienda:

☐ se non dipendente SSN di impegnarsi a comunicare tempestivamente ad ATS l'eventuale instaurarsi di un rapporto di lavoro con il SSN, specificando se in regime di esclusività;

AUTOCERTIFICA

☐ il contenuto della presente ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, consapevole della responsabilità penale nella quale può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi ai sensi degli art. 75 e 76 del DPR 445/2000;

Allega alla presente domanda i seguenti documenti:

☐ *Curriculum Vitae* (in formato europeo autocertificato ai sensi del D.P.R. 445/2000 e completo di autorizzazione al trattamento dei dati personali)

☐ Fotocopia di un documento di identità

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003 e ai sensi dell'art. 13 GDPR 679/16 "Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali", il/la sottoscritto/a autorizza l'ATS della Val Padana al trattamento dei dati personali forniti e alla pubblicazione sul sito dell'Agenzia degli stessi, per le sole finalità individuate dalla presente manifestazione d'interesse "Manifestazione di interesse rivolta a professionisti per l'individuazione di formatori qualificati sul gioco d'azzardo patologico per l'attivazione dei corsi di aggiornamento obbligatori rivolti ai gestori delle sale da gioco e dei locali ove sono installate apparecchiature per il gioco d'azzardo lecito" ovvero per la costituzione in ogni ATS di un elenco formatori GAP autorizzati.

Il/La sottoscritto/a prende inoltre atto che ogni comunicazione relativa alla domanda di partecipazione alla manifestazione di interesse verrà effettuata unicamente attraverso la PEC indicata.

Data_____ Firma_____